走进基层高发疾病防治科普项目

申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | 性别 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 医院 |  | 科室 |  | 职称 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 邮箱 |  | 年门诊量 |  |
| 通讯地址 |  |
| 工作经历 |   |
| 社会任职 |  |
| 科普经验 |  |
| 单位意见 |  （盖章） |

（\*该表格填写盖章后扫描，连同医师资格证一并发送至xiaoyuxin@yxjl.org，原件邮寄地址：肖雨馨 18810872779 北京市西城区枣林前街35号宣兴大厦2层）